

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

458620
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 0 / 0 1 / 2 1	4-Data de Autorização 2 0 / 0 1 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8215191	7-Data Validade da Senha 2 0 / 0 4 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 1 7 2 3 4 0 0 0 0 1 0 3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANDRE SOUZA DE OLIVEIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSANIA TEREZA ALVES DE QUEIROZ
------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 16305	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 6 6 1 9 4 1 7 5 2 3	22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 16305	24-UF BA	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 16305	28-UF BA	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	0 8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	13	1	1	7 3 1 0 0	0 0 0	0 0 0	1	15/10/21	42
2-0	0 8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	14	1	1	7 3 1 0 0	0 0 0	0 0 0	1	15/10/21	42
3-0	0 8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	16	1	1	7 3 1 0 0	0 0 0	0 0 0	1	15/10/21	42
4-0	0 8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	18	1	1	7 3 1 0 0	0 0 0	0 0 0	1	15/10/21	42
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

[33.728.651/0001-51]

Consultório Odontológico / Império do Sorriso
Av. Donival Caymili, 14193
Itapua, CEP: 44635-150

Ed. Walter Negreiros, Sala 110
Salvador - BA

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 2 9 2 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0
---	--	---	---------------------------------------	-------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/15/10/21	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/15/10/21	52-Data, local e Assinatura da Empresa 11/15/10/21
--	--	---

53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/15/10/21	54-Data, local e Assinatura da Empresa SSA
---	---